

INFORMACIÓN IMPORTANTE EN RELACIÓN A SU SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA CUIDADO INFANTIL

Si incluye los documentos que a continuación se citan al enviar o entregar su solicitud de cuidado infantil, es posible que su solicitud sea resuelta más ágilmente:

Ciudadanía/Vínculo

- Ciudadanía o condición migratoria: si no es ciudadano estadounidense, documentación que verifique su situación legal en Estados Unidos.
- Certificados de nacimiento: si los niños nacieron fuera del estado, certificado original del estado/país en que el niño nació.

Ingresos

Deben verificarse tanto los ingresos provenientes del trabajo como los que no derivan del trabajo, de todos los miembros del hogar incluidos en la unidad de elegibilidad.

- Cheques de pago de salarios (al menos de los últimos 30 días y de periodos de pago continuos).
- Si tiene un nuevo empleo, una carta, con el membrete de la empresa, del empleador en que se indique el número de horas que usted trabajará durante un periodo de pago y con qué frecuencia recibirá los pagos. También deberá incluir la fecha de su primer pago.
- Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): carta de concesión u otro comprobante de la administración del Seguro Social.
- Ingresos por Manutención Infantil: por lo general es posible verificarlo a través del sistema computarizado del estado, no obstante, si usted recibe manutención infantil de un estado distinto, será necesario un comprobante.
- Autoempleo: declaración de impuestos actual con cualquier anexo complementario que haya presentado.
- Educación: documentación de todas las subvenciones/becas/préstamos que haya recibido para asistir a la escuela.

Si no está seguro sobre si se requiere algo para comprobar ingresos, es mejor que envíe toda la documentación o los comprobantes con los que cuente.

Exigencia de Cuidados Infantiles

Para cumplir con los requisitos para recibir cuidados infantiles, debe haber una exigencia por parte de todos los adultos del hogar o una necesidad especial documentada para el menor. A continuación se mencionan exigencias que se consideran válidas para recibir cuidados infantiles, así como los comprobantes necesarios:

- Empleo: Una copia de su horario de trabajo emitida por su empleador, o una carta, con el membrete de la empresa, de su empleador en que se indiquen los días de trabajo y las horas de su jornada.
- Escuela: Una copia del horario de clases que incluya los días y horas que asiste a la semana. Cuando el horario de clases cambie, debe enviar uno nuevo.
- Capacitación: Si se encuentra matriculado en una capacitación a través de una agencia/un programa local, una copia del horario de capacitación con los días y horas de asistencia.
- Cuidador con discapacidad: Una declaración de un doctor que explique que usted no se encuentra capacitado para cuidar de su hijo debido a una enfermedad mental o física.
- Menor con una necesidad especial de cuidados: Si usted no tiene una exigencia usual de cuidados (empleo, escuela, etc.) pero tiene un menor que se clasifica con necesidad de cuidados especiales y dicho menor tiene una necesidad de cuidados especiales, un profesional médico debe enviar una declaración en relación a la razón por la que se requieren los cuidados y la duración de dichos cuidados.

Nombre del proveedor de cuidados infantiles: Si usted ha elegido el proveedor de cuidados infantiles o la instalación a la que el menor asistirá, por favor indique el nombre, la dirección, el teléfono y/o el DVN de dicho proveedor.

Si necesita ayuda para hallar un proveedor de cuidados infantiles, comuníquese con Child Care Aware® of Missouri al número (800) 200-9017 o visite la página web <http://mo.childcareaware.org/>. También puede visitar el buscador de proveedores de Show-Me Child Care del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad, en <http://health.mo.gov/safety/childcare/>.

Números del Seguro Social (SSN)

NO se requiere un número del seguro social (SSN) como requisito para recibir el subsidio para cuidados infantiles. El divulgar el número del seguro social es estrictamente voluntario y no repercutirá en que califique o no para recibir el subsidio para cuidados infantiles. No es posible denegar el subsidio para cuidados infantiles si usted decide no divulgar su número del seguro social o el número del seguro social de alguno de los miembros de su hogar, incluidos los niños para los que solicita los beneficios. No obstante, si usted está solicitando otros beneficios junto con el subsidio para cuidados infantiles, es posible que se requiera su número del seguro social.

SOLICITUD DE CUIDADOS INFANTILES

Fecha

¿Necesita ayuda para completar su solicitud? Llámenos al 1-855-373-4636. Se requiere ayuda en un idioma distinto al inglés, indique el idioma que requiere al representante de servicio al cliente. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2966. Si usted es invidente o sufre una discapacidad visual y desea información relacionada con los Servicios de Rehabilitación para Personas Invidentes, llame al 1-800-592-6004.

INSTRUCCIONES: Escriba su dirección y cualquier teléfono en el que pueda ser localizado.

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono principal	¿Qué tipo de teléfono es? <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro		
Número de teléfono alternativo	¿Qué tipo de teléfono es? <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro		
Dirección de correo electrónico	Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> *Tel. <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correo Post. *Le llamaremos a su teléfono principal a menos que indique lo contrario.		

INSTRUCCIONES: Liste a todas las personas que viven en su domicilio incluyéndose usted. **Listese usted en primer lugar.** Responda a todas las preguntas para cada una de las personas.

Nombre legal completo (Nombres, apellidos)	Fecha de nacimiento	Raza	Género	Estado civil	SSN (Opcional en caso de Cuidado Infantil)	Vínculo con el líder de la Unidad de Elegibilidad
						Líder de la Unidad de Elegibilidad

¿Los miembros citados arriba son habitantes de Missouri y tienen intención de permanecer en Missouri? Sí No
Si respondió 'No', por favor explique:

INSTRUCCIONES: Liste a todas las personas en su hogar que han tenido ingresos provenientes del trabajo o que no derivan del trabajo.

Nombre	Origen	Ingresos brutos mensuales	Pago por hora	Propinas por periodo de pago	Frecuencia de pagos

¿Usted recibe otra asistencia estatal o federal?	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. Si respondió 'Sí', explique: _____ Cantidad: _____
¿Usted espera algún cambio en sus ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. Si respondió 'Sí', explique: _____ Cantidad: _____
¿Usted paga una prima de seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió 'Sí', frecuencia de la prima: _____ Cantidad: _____
¿Usted paga una prima de seguro dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió 'Sí', frecuencia de la prima: _____ Cantidad: _____
¿Usted paga una prima de seguro de hospitalización?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió 'Sí', frecuencia de la prima: _____ Cantidad: _____

¿Usted tiene más de \$1,000,000 en bienes muebles? Sí No

Por favor indique la información referente al (los) proveedor(es) de cuidados infantiles en las áreas proporcionadas. Bajo cada proveedor que liste, incluya la información de cada menor que esté bajo el cuidado del proveedor. Asegúrese de listar el vínculo que el proveedor tenga con cada menor que liste con ese proveedor en particular (ejemplo: abuela, sin vínculo).

Nombre del proveedor 1	DVN	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del proveedor 2	DVN	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Su(s) hijo(s) está(n) matriculado(s) en Early Head Start o Head Start? Sí No

Por favor liste el número de días al mes que cada menor recibe cuidados, para cada una de las categorías a continuación:

Nombre del menor (nombres, apellidos)	Vínculo con el proveedor	5 horas o más		3 a 5 horas		Menos de 3 horas	
		Horas del día (6am - 6:59pm)	Noche/fin de semana (7pm - 5:59am) (Sábado/Domingo)	Horas del día (6am - 6:59pm)	Noche/fin de semana (7pm - 5:59am) (Sábado/Domingo)	Horas del día (6am - 6:59pm)	Noche/fin de semana (7pm - 5:59am) (Sábado/Domingo)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

EXIGE CUIDADOS INFANTILES PORQUE USTED O UN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTÁ: (MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN)

- ¿trabajando? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿en capacitación laboral? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿asistiendo a la escuela? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿discapacitado? Médico _____ Teléfono _____ Nombre _____
- ¿siendo evaluado para capacitación y/o empleabilidad? Dónde _____ Teléfono _____ Nombre _____

¿Su hijo tiene una "necesidad especial" de cuidados infantiles? (ejemplo: el niño clasifica como de necesidades especiales; no hay una exigencia usual de cuidados, pero un profesional médico ha determinado que el menor necesita recibir cuidados infantiles.)

No tengo un hogar (persona que carece de una residencia nocturna, fija, regular y adecuada).

- Mi firma a continuación certifica a mi leal saber y entender y bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada es verdadera, precisa y completa.
- Comprendo que tengo derecho a un trato justo e igualitario independientemente de raza, color, religión, nacionalidad de origen, sexo, ascendencia, edad, orientación sexual, condición de veterano o discapacidad.
- Acepto proporcionar cualquier información adicional o comprobante que sean necesarios para determinar si cumpla con los requisitos, en un plazo de 15 días a partir de la fecha de la solicitud.
- Acepto informar si existen cambios en mis ingresos si éstos exceden el 85% del salario promedio del estado.
- Comprendo que las declaraciones que he realizado estarán sujetas a investigación y verificación.
- También comprendo que las leyes de Missouri estipulan una multa o prisión, o ambos castigos, a las personas que deliberadamente reciban o intenten recibir asistencia pública a la que no tienen derecho, o que deliberadamente no proporcionen la información necesaria para determinar si cumplen con los requisitos para recibir asistencia pública.

Al firmar esta solicitud, en papel o electrónicamente, nos da permiso para realizar, o disponer la realización de llamadas telefónicas en relación con su caso desde un sistema de llamadas automatizado al número de teléfono principal que proporcionó en a la página 2. Su consentimiento en esta sección no forma parte de su solicitud. Si quiere optar por no recibir estas llamadas, marque aquí:

FIRMA O HUELLA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA** _____

TESTIGO DE LA HUELLA: _____ **FECHA** _____